

APLICACION PARA REEMBOLSO

DE INQUILINOS ENVEJECIENTES

Y PERSONAS TOTALMENTE DISCAPACITADAS

INQUILINO

PERIODO DE APLICACION APRIL 1 - OCT. 1

M-35R Rev 02/20

1. NOMBRE (Apellido)	(1er Nombre)	(Inicial)	FECHA DE NACIMIENTO (M, D, Año)	NUM. DE SEGURO SOCIAL
			/ /	- -
2. NOMBRE ESPOSO(A)(Apellido)	(1er Nombre)	(Inicial)	FECHA DE NACIMIENTO (M, D, Año)	# SEGURO SOCIAL ESPOSO(A)
			/ /	- -
3. DIRECCION POSTAL ACTUAL (Núm. y Calle) AREA		CIUDAD O PUEBLO (NO Abrevie)		ESTADO CODIGO DE
4. DIRECCION DE ALQUIER EN CT SI DIFERENTE A LA ANTERIOR AREA		CIUDAD O PUEBLO		ESTADO CODIGO DE
5. ESTADO CIVIL :				
MARQUE SOLO UNA : <input type="checkbox"/> CASADO(A) <input type="checkbox"/> SOLTERO(A) <input type="checkbox"/> UNION CIVIL <input type="checkbox"/> VIUDO(A) (EDAD DE 50 A 65) PRUEBA REQUERIDA				
SI EL ESPOSO(A) RESIDE EN UN HOGAR CON ATENCIÓN MÉDICA O UN HOGAR DE ENFERMERÍA EN CT Y TIENE TÍTULO XIX(19) SE REQUIERE PRUEBA		NOMBRE DEL HOGAR	SI EL APLICANTE ES TOTALMENTE DISCAPACITADO	TOTALMENTE DISCAPACITADO
		MARQUE AQUI : <input type="checkbox"/>	PRUEBA RECIENTE REQUERIDA	MARQUE AQUI: <input type="checkbox"/>
6. ¿QUÉ % DE ALQUILER Y UTILIDADES PAGA? (El esposo y la esposa se consideran un (1) inquilino) %				
7. TOTAL DE ALQUILER Y UTILIDADES PAGADOS POR EL SOLICITANTE/SOLICITANTES				\$
8. ¿PRESENTÓ O PRESENTARÁ UNA DECLARACION DE IMPUESTOS FEDERAL POR EL AÑO PASADO?				
<input type="checkbox"/> - SI (Adjuntar Copia) <input type="checkbox"/> - NO				
9. RECIPIENTES DE ASISTENCIA PÚBLICA, TENGA EN CUENTA: Puede recibir MENOS que el REMBOLSO TENTATIVO en Línea 20 a continuación.				
10. ALQUILÓ EN CONNECTICUT ¿DURANTE TODO EL AÑO CALENDARIO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		11. SI LA RESPUESTA A (10) ES "NO" INGRESE FECHAS QUE ALQUILÓ:		Inicio Mes, Año
				Final Mes, Año
12. INGRESOS RECIBIDOS DURANTE EL ÚLTIMO AÑO CALENDARIO:				
A. INGRESOS BRUTOS - Incluye: Ingresos brutos federales o su equivalente. Tales como, pero no limitado a, salarios, ganancias de lotería, pensiones imponibles, IRA, intereses, dividendos e ingresos netos por alquileres (excluya la depreciación). A. \$ _____				
B. INTERESES NO IMPUESTOS - Ejemplo: intereses de bonos del gobierno exentos de impuestos B. \$ _____				
C. INGRESOS DE SEGURO SOCIAL O RETIRO DE FERROCARRILES - Agregue las primas de Medicare (Adjunte SSA 1099) C. \$ _____				
D. CUALQUIER INGRESO NO REFLEJADO EN LO ANTERIOR - Ejemplos: Ingresos federales de seguridad suplementarios, Pensiones de veteranos, pagos por discapacidad de veteranos y cualquier otro ingreso no mencionado anteriormente. D. \$ _____				
E. ESPECIFIQUE LA FUENTE DE INGRESOS: _____ E. TOTAL Agregue las líneas 12A a 12D E. \$ _____				
SOLICITANTES/AUTORIZADO AGENTE DECLARACIÓN JURADA		El solicitante o agente autorizado declara que las declaraciones anteriores son verdaderas y completas y reclama una desgravación fiscal según las disposiciones de los Estatutos Generales de Connecticut. La propiedad por la cual se solicita la desgravación fiscal es la residencia / domicilio permanente del solicitante. Él / ella no está recibiendo beneficios de impuestos para Ancianos del Estado bajo la sección 12-129b, sección 12-170aa, en ninguna ciudad. Doy permiso al Departamento de Servicios Sociales para divulgar a la Oficina de Política y Administración la información necesaria para ayudar a determinar mi elegibilidad. La multa por hacer una declaración jurada falsa es el reembolso de todos los créditos tomados incorrectamente y una multa de \$ 500.00 o prisión por un año, o ambos. Su firma significa que esta declaración jurada ha sido leída y entendida.		
FIRMA DEL APLICANTE O AGENTE AUTORIZADO		Fecha de firma (M, Dia, Año)	#TEL. DE APLICANTE O AGENTE	RELACION CON AGENTE
X		/ /	Código de Area ()	

PARE! NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LINEA- SOLO PARA USO DEL ASESOR

13. Cantidad de alquileres y utilidades pagadas de la Línea 7 \$		X .35	\$
14. CALCULO DEL CRÉDITO: INGRESOS CALIFICANTES			
<input type="checkbox"/> AÑO COMPLETO - \$x.05 (OR) <input type="checkbox"/> AÑO PARCIAL - \$		X (NO. MESES / 12) x .05 =	\$
15. Reste la línea 14 de la línea 13. Si la cantidad es cero o negativa, no hay beneficio. Ingrese -0- en la línea 20.			\$
16. Indique la tabla utilizada: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado			
17. CRÉDITO MÁXIMO PERMITIDO			
A. <input type="checkbox"/> AÑO COMPLETO: cantidad por tabla (OR) B. <input type="checkbox"/> AÑO PARTE: cantidad por tabla X (No. de meses () / 12 =)			\$
18. Ingrese el monto en la Línea 15 o Línea 17, la que sea MENOS			\$
19. Mínimo por tabla			\$
20. Ingrese MAYOR de la línea 18 o 19: SUBVENCIÓN TENTATIVA (Sujeto a revisión por parte de Off. De Política y Administración)			
\$			
DECLARACIÓN JURADA DEL EVALUADOR		___ - Estoy satisfecho de que el solicitante mencionado anteriormente cumple con todos los requisitos legales necesarios ___ - Este reclamo está rechazado por la siguiente razón: _____ Para obtener información sobre la apelación, consulte las instrucciones en la Oficina del Asesor u Oficina de Servicios Sociales local.	

FIRMA DEL ASESOR O MIEMBRO DEL PERSONAL DEL ASESOR

Fecha de firma (Mes,Día,Año)
____/____/____

Distribución:

Original - Asesor

Copia - Aplicante

Copia - OPM